

## تبیین تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری در مورد عوامل موثر بر

### خودمراقبتی: یک مطالعه کیفی

ترانه امامقلی خوشه‌چین<sup>۱</sup>، زهره کشاورز<sup>۲\*</sup>، مریم افراخته<sup>۳</sup>، الهام شکبیا زاده<sup>۴</sup>، سقراط فقیه زاده<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>دانشجو، دانشکده پرستاری و مامایی، شعبه بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ <sup>۲</sup>گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ <sup>۳</sup>گروه زنان و زایمان بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ <sup>۴</sup>گروه آموزش و ارتقای بهداشت، دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛ <sup>۵</sup>گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۷

### چکیده:

زمینه و هدف: دیابت شایع‌ترین عارضه طبی دوران حاملگی می‌باشد. این بیماری یک مشکل بهداشتی در حال افزایش در سراسر دنیا است. خود مراقبتی، مهم‌ترین عامل در کنترل بیماری‌های مزمنی مانند دیابت است. عوامل مختلفی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر روی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت مؤثر هستند که شامل عوامل بیولوژیکی، روانی، اقتصادی و اجتماعی، فرهنگی و سیستم‌های مراقبت بهداشتی، درمانی جامعه می‌باشند. هدف از مطالعه حاضر تبیین تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری در مورد عوامل مؤثر بر خودمراقبتی است. روش بررسی: این تحقیق، یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی قراردادی می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته فردی استفاده شده است. مصاحبه‌ها بر اساس راهنمای مصاحبه انجام شد. مشارکت‌کنندگان زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری با سن حاملگی بین هفته‌های ۳۶-۲۴ هفته بارداری بوده که به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند. پس از انجام ۱۲ مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، داده‌ها به اشباع رسید. داده‌ها با شیوه تحلیل محتوای متعارف مورد تحلیل قرار گرفت. برای ارزیابی درستی و قابلیت اطمینان در مطالعه حاضر از ۴ ملاک ارائه شده توسط لینکن و گوبا شامل اطمینان‌پذیری، اعتبار و مقبولیت، قابلیت تصدیق یا تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در این مطالعه، از روش تجزیه و تحلیل محتوای کیفی متعارف و نرم‌افزار MAXQDA ۱۰ استفاده شد. یافته‌ها: تبیین تجربه مادران باردار منتهی به استخراج دو درون‌مایه موانع و تسهیل‌کننده‌های خود مراقبتی و ۴ طبقه اصلی درماندگی، مشکلات درک شده، پذیرش بیماری و حمایت دیگران شد. ۱۳ زیر طبقه نیز در قالب طبقات اصلی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد مادران جهت انجام اقدامات خود مراقبتی، نیاز به کسب اطلاعات بیشتر از طریق مراقبین سلامت و دریافت حمایت‌های بیشتر از جانب اطرافیان دارند. همچنین مشخص گردید موانع و تسهیل‌کننده‌های خودمراقبتی از نظر مادران در اغلب جوامع تقریباً مشابه است. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، نیاز است اقدامات مناسب در جهت فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی مناسب و ارائه خدمات باکیفیت بالاتر و مطلوب‌تر برای ارتقاء سطح سلامت و خود مراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: دیابت بارداری، خود مراقبتی، تجربه، تحلیل محتوا.

### مقدمه:

دیابت بارداری به صورت اختلال تحمل گلوکز که برای اولین بار در طی بارداری ایجاد یا تشخیص داده می‌شود، تعریف می‌گردد (۱). این تعریف بدون توجه به استفاده یا عدم استفاده از انسولین برای درمان، بکار می‌رود. این بیماری یک مشکل بهداشتی در حال افزایش در سراسر دنیا و یکی از شایع‌ترین عوارض

حاملگی است. درواقع بروز دیابت در سیر حاملگی، در طی سال‌های ۱۹۸۹ تا سال ۲۰۰۲ حدود ۴۰٪ افزایش یافته است شیوع دیابت بارداری در نقاط مختلف جهان بین ۱ تا ۱۴٪ گزارش شده است (۲). میزان شیوع دیابت بارداری در ایران در مجموع، ۴/۹٪ برآورد شده است. کمترین میزان شیوع دیابت بارداری مربوط به مطالعه انجام شده در کرمانشاه با میزان ۰/۷٪ و بیشترین میزان شیوع آن مربوط به مطالعه‌ای در کرج با مقدار ۱۸/۶٪ بود (۳).

این بیماری عوارض نامطلوب فراوانی می‌تواند در مادر و جنین ایجاد نماید که شایع‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: ماکروزومی، آسیب‌های حین زایمان، سزارین، پلی هیدرامنیوس، پره‌اکلامپسی، اختلالات متابولیک نوزادی (هیپوگلیسمی، هیپرکلسمی، هیپربیلیروبینمی) و بالاخره عوارض دیررسی ازجمله ابتلای مادر و فرزند وی به دیابت نوع ۲ در آینده (۲،۷-۴). زنان مبتلا به دیابت بارداری در معرض خطرات زیادی ازجمله دیابت نوع ۲ در آینده می‌باشند که می‌تواند قابل پیشگیری باشد و یا حداقل به تأخیر انداخته شود و این امر با تغییر شیوه زندگی امکان‌پذیر است. برای ایجاد این تغییرات نیاز است تا شناختی از موقعیت زنان مبتلا به دیابت بارداری به دست آید (۸). دیابت بیماری مزمنی است که جهت کنترل موثر و جلوگیری از پیشرفت بیماری و عوارض آن، نیازمند رفتارهای مراقبت از خود می‌باشد (۹، ۱۰). انجام رفتارهای خودمراقبتی سبب کاهش ۵۶٪ از عوارض ناشی از دیابت می‌شود (۱۱). رفتارهای خودمراقبتی دیابت شامل رعایت رژیم غذایی مناسب جهت کنترل قندخون، شرکت در فعالیت‌های بدنی مناسب، رعایت رژیم دارویی و خودکنترلی قندخون به‌منظور تعدیل رژیم غذایی ورزش و مصرف دارو می‌باشد (۱۲). با این وجود مادران، مبتلا به دیابت بارداری با موانع و چالش‌های فراوانی ازجمله سختی کنترل و اندازه‌گیری قندخون به دلیل نیاز به نمونه‌های مکرر در طول روز،

نداشتن اطلاعات کافی درباره بیماری و مشکلات مالی و اقتصادی روبرو هستند (۱۳).

تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف، می‌تواند بر روی درک موانع و تسهیل‌کننده‌های خود مراقبتی در مورد بیماری‌ها در هر کشور موثر باشد (۱۴). همچنین در بررسی‌های انجام شده اغلب مطالعات صورت گرفته در ایران در زمینه دیابت نوع دو بوده و مطالعات اندکی در مورد دیابت بارداری صورت گرفته و تمامی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نیز به‌صورت کمی بوده است. با توجه به اثرات مخرب و شدید دیابت و لزوم خود مراقبتی جهت حفظ و ارتقاء سلامت مادر و جنین، این پژوهش با هدف تبیین تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری در مورد عوامل موثر بر خودمراقبتی صورت گرفته است. نتایج این مطالعه می‌تواند منجر به شناسایی بیشتر و بهتر عوامل تأثیرگذار بر خود مراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری، ارائه راهکارهای مناسب و اقدامات لازم برای ارتقاء خودمراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری گردد.

### روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی است. جامعه پژوهش، مادران باردار ایرانی ۴۰-۱۸ ساله مبتلا به دیابت بارداری با سن حاملگی بین هفته‌های ۲۴-۳۶ هفته بارداری بودند که به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه نموده و تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع از نظر سن، رتبه شغلی، تحصیلات، تعداد بارداری وضعیت اجتماعی، اقتصادی و تحصیلات انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان باردار مبتلا به دیابت تشخیص داده شده در بارداری بین سنین ۴۰-۱۸ سال، سن حاملگی بالای ۲۴ هفته، تحت درمان با انسولین و یا رژیم درمانی، تمایل به شرکت در

مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی صحبت به زبان فارسی، عدم ابتلا به دیابت تشخیص داده شده قبل از بارداری، عدم وجود بیماری دیگری همراه با دیابت، عدم مصرف هر دارویی در دوران بارداری، فاقد اختلالات شناختی یا بیماری‌های روانی و عدم وجود عوارض بارداری.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیق فردی استفاده شد. مصاحبه‌ها بر اساس راهنمای مصاحبه صورت گرفت. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و کسب اجازه از دانشگاه، مسئولین مراکز درمانی و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1394.316) جهت انجام مصاحبه، از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا فرم رضایت آگاهانه را مطالعه و در صورت تمایل آن را امضاء کنند و یا به صورت شفاهی برای شرکت در مصاحبه اعلام آمادگی کنند. مصاحبه‌ها در مکان و زمانی که برای مشارکت‌کنندگان راحت بود، انجام شد. مصاحبه با برقراری ارتباط و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان آغاز گردید؛ سپس از آن‌ها خواسته شد تا نیازهای خود را در بارداری توأم با ابتلا به دیابت بازگو کنند. سوالات بعدی بر اساس پاسخ‌های اولیه افراد و راهنمای مصاحبه پرسیده شد. همچنین بر اساس نیاز، در ادامه مصاحبه از سؤالاتی نظیر منظور شما چیست یا اگر می‌توانید لطفاً بیشتر توضیح دهید استفاده گردید. در پایان مصاحبه، از مشارکت‌کننده خواسته شد که اگر صحبتی مانده، بیان کند و سپس با او در مورد احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی، اجازه گرفته شد. زمان مصاحبه بسته به شرایط و موقعیت مشارکت‌کننده متفاوت بود درواقع مدت مصاحبه وابسته به زمان رسیدن به اشباع داده‌ها و دریافت پاسخ‌های افراد به سوالات پژوهش و هر مصاحبه حدوداً ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده شد و برای کنترل صحت آن‌ها، به تأیید مشارکت‌کنندگان رسید. در ضمن در حین مصاحبه محقق به حالات چهره

و حرکات بدن مشارکت‌کننده توجه نموده و در یادداشت‌های خود لحاظ نمود. اشباع داده‌ها پس از انجام ۱۲ مصاحبه حاصل شد.

در ادامه کار ابتدا فایل صوتی مصاحبه‌ها به صورت دست‌نوشته درآمده و سپس با مطالعه دقیق دست‌نوشته‌ها، محقق تلاش نمود تا عناصر ظاهری و درونی آن‌ها را دریافت نماید. هر مصاحبه چندین بار سمع گردید تا درک عمیقی از صحبت‌های شرکت‌کنندگان در ذهن محقق شکل گیرد. پس از بازخوانی مکرر واحدهای معنایی و پیام‌های اصلی مشخص شدند. بخش‌های متون به دست‌آمده، خلاصه‌شده و کدگذاری گردید. در این بخش، هر کلمه و عبارت نوشته شده، به عنوان واحد تجزیه و تحلیل در نظر گرفته شد. برای ارزیابی درستی و قابلیت اطمینان در بخش کیفی مطالعه حاضر از ۴ ملاک ارائه شده توسط لینکن و گوبا شامل اطمینان‌پذیری، اعتبار و مقبولیت، قابلیت تصدیق یا تأیید‌پذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد.

در این مطالعه جهت افزایش قابلیت انتقال، پژوهشگر تلاش کرد با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرآیند تحقیق و کارهای انجام‌شده در مسیر مطالعه، امکان پیگیری مسیر تحقیق و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه را برای دیگران فراهم کرده همچنین با روش بازبینی خارجی نتایج تحقیق به تعدادی از افراد با مشخصات مشارکت‌کنندگان که در تحقیق شرکت نداشته‌اند. به منظور قضاوت آن‌ها در مورد وجود تشابه بین نتایج تحقیق و تجارب آن‌ها، ارائه شد. محقق با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید پژوهش کمک کرد. جهت حصول این معیار، در این تحقیق متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیئت علمی که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنا و در تحقیق شرکت نداشته‌اند، گذاشته می‌شود تا ارزیابی توافق درباره معانی بین چند پژوهشگر بررسی شود.

آنان نیست اصلاح شود. بازبینی محققین داده‌ها توسط اساتید راهنما، مشاور جهت تطبیق و اطمینان از همخوانی طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در این مطالعه، از روش تجزیه و تحلیل محتوای کیفی متعارف و نرم‌افزار ۱۰ MAXQDA استفاده شد.

### یافته‌ها:

تبیین تجربه مادران باردار منتهی به استخراج دو درون‌مایه موانع و تسهیل‌کننده‌ها در مورد خود مراقبتی و چهار طبقه اصلی شامل: درماندگی، مشکلات درک‌شده، پذیرش بیماری و حمایت دیگران شد (جدول شماره ۱). ۱۳ زیر طبقه نیز در قالب طبقات اصلی قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۲ خلاصه گردیده است.

جهت کسب قابلیت اعتماد ثبت کامل و مداوم تصمیمات و فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها انجام‌شده و همچنین کدهای اولیه از تفسیر تجارب شرکت‌کنندگان و مثال‌هایی از چگونگی استخراج درون‌مایه‌ها و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از درون‌مایه‌ها، ارائه شد.

در مطالعه حاضر محقق سعی کرد با انجام اقدامات زیر بر اعتبار مطالعه بیفزاید: ۱- انجام مصاحبه‌های عمیق در جلسات متعدد و شرایط مختلف (منزل، محیط کار و ...)، ۲- بازبینی دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج‌شده و یا اصلاح آن‌ها بدین ترتیب که بعد از کدگذاری هر مصاحبه آن را به شرکت‌کنندگان که در دسترس بودند بازگردانده تا از صحت کدها و تفاسیر خود اطمینان حاصل گردد و کدهایی که بیانگر دیدگاه

### جدول شماره ۱: درون‌مایه، طبقات اصلی و فرعی برگرفته از مصاحبه‌های کیفی مادران باردار مبتلا به

#### دیابت بارداری

درون‌مایه	طبقات اصلی	زیر طبقات
موانع	درماندگی	سختی کنترل دیابت احساس ناتوانی تلاش بی‌نتیجه ناآگاهی
	مشکلات درک‌شده	غفلت پزشکان و پرسنل کنجکاوی و سرزنش اطرافیان تنش هزینه‌های درمانی
تسهیل‌کننده‌ها	پذیرش بیماری	اشتیاق و تلاش برای کسب اطلاعات امیدواری سازگاری
	حمایت دیگران	حمایت اجتماعی اطلاع‌رسانی مناسب حمایت و تشویق خانواده

## جدول شماره ۲: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

کد	سن	تحصیلات	شغل	سن حاملگی	تعداد حاملگی	نوع رژیم	سابقه خانوادگی دیابت	نوع مراقبت
۱	۲۵	دوم راهنمایی	خانه‌دار	۳۲	۳	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۲	۳۴	دیپلم	خانه‌دار	۳۳	۲	رژیم غذایی + انسولین	منفی	دولتی
۳	۲۶	لیسانس	خانه‌دار	۲۸	۱	رژیم غذایی	منفی	خصوصی
۴	۲۸	سیکل	خانه‌دار	۲۷	۲	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۵	۳۸	دیپلم	خانه‌دار	۳۵	۴	رژیم غذایی	منفی	دولتی + خصوصی
۶	۲۸	چهارم ابتدایی	خانه‌دار	۳۴	۲	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۷	۳۰	فوق لیسانس	ماما	۲۸	۱	رژیم غذایی	مثبت	خصوصی
۸	۳۰	سیکل	کار شرکتی	۲۹	۳	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۹	۲۸	لیسانس	خانه‌دار	۳۲	۱	رژیم غذایی	منفی	دولتی + خصوصی
۱۰	۳۰	لیسانس	کارمند	۳۶	۱	رژیم غذایی + انسولین	مثبت	خصوصی
۱۱	۲۷	لیسانس	خانه‌دار	۲۷	۴	رژیم غذایی	مثبت	خصوصی
۱۲	۳۳	دیپلم	خانه‌دار	۳۱	۲	رژیم غذایی + انسولین	منفی	خصوصی

درمانی بود. مشارکت کننده‌ای بیان می‌کرد: "من باید به این پزشک به ویزیت بدم برم پیش اون یکی پزشک هم ویزیت بدم اون پزشک چرا باید من رو بفرست پزشک غدد اونم توی کلینیک" (خانم ۲۷ ساله لیسانس رژیم غذایی).

زیر طبقات درماندگی عبارت بودند از: سختی کنترل دیابت، احساس ناتوانی، تلاش بی‌نتیجه، ناآگاهی مشارکت کننده‌ای در مورد دانش ناکافی و عدم اطلاع‌رسانی مناسب می‌گفت: "من خودم نمی‌دونم حالا چی هست قدمو هر دو ساعت دو ساعت بگیرم یک ساعت یک ساعت بگیرم ناشتا بگیرم" (خانم ۲۸ ساله تحصیلات چهارم ابتدایی رژیم غذایی).

در مورد سختی کنترل دیابت یک از مادران اظهار می‌کرد: "دیدم همه دارن می‌خورن ولی خودم دارم یه چیز دیگه‌ای می‌خورم داشت اعصابم به هم می‌ریخت" (خانم ۲۵ ساله تحصیلات دوم راهنمایی رژیم غذایی). احساس ناتوانی یکی دیگر از نگرش‌های منفی خود مراقبتی بود. یکی از مشارکت کنندگان در

در این تحقیق از نظر مشارکت کنندگان موانع در مورد خود مراقبتی عبارت بودند از درماندگی و مشکلات. مشکلات ذکر شده عبارت بودند از: کنجکاوی و سرزنش اطرافیان، غفلت پزشکان و پرسنل و تنش هزینه‌های درمانی. در زمینه کنجکاوی و سرزنش اطرافیان یکی از مشارکت کنندگان گفت: "مثلاً وقتی که فهمیدم قند دارم بعد مادر شوهرم گفت که آهان اون موقع که باید پیشگیری می‌کردی نکردی حالا که دیگه گذشته" (خانم ۲۸ ساله لیسانس رژیم غذایی). یکی از مشارکت کنندگان در زمینه غفلت پزشکان و پرسنل گفت: "دچار خونریزی شدم رفتم پیش پزشک دارو داد آزمایش نوشت گفت حالا بذار ببینیم بچه می‌مونه یا نه من ۲/۵ ماه دیابت حاملگی داشتم اطلاع نداشتم تو اون دو ونیم ماهه که مغز جنین رشد کرده تکمیل شده اگه دیابت حاملگی من تأثیر گذاشته باشه روی مغز جنین کی جواب میده" (خانم ۲۷ ساله لیسانس رژیم غذایی). یکی دیگر از مشکلات ذکر شده توسط مشارکت کنندگان تنش هزینه‌های

این زمینه گفت: "دیدم دارم ضعف می‌کنم دارم می‌میرم از گرسنگی بذار بخورم اگر چیزیم شد فویش می‌میرم" (خانم ۳۸ ساله دیپلم رژیم غذایی).

تعداد کمی از مشارکت‌کنندگان برخلاف دیگران بیان می‌کردند در این راه بسیار توانمند هستند و می‌توانند به‌خوبی اقدامات مراقبتی را انجام دهند. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "خودم می‌شم دکتر خودم چون از نظر خودم دکتر خودم هستم. مثلاً آلان بخوام برم دکتر سعی می‌کنم خودم خودم را درمان کنم تا به کس دیگه من را درمان کنه" (خانم ۲۵ ساله تحصیلات دوم راهنمایی رژیم غذایی).

یکی از مشارکت‌کنندگان از تلاش بی‌نتیجه خود ناراحت بوده و بیان می‌کرد: "فندت هی بالا پائین میشه اعصاب خورد میشه هی میگی من که این‌همه رعایت کردم با اون حال تا جایی که جا داشته رعایت کردم چرا باید بالا باشه" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین).

در این تحقیق از نظر مشارکت‌کنندگان تسهیل‌کننده‌ها در مورد خود مراقبتی عبارت بودند از پذیرش بیماری و حمایت‌ها اطلاع‌رسانی به مادران در مورد دیابت توسط پزشکان و سایر مراقبین سلامت به مادران در برخی زمینه‌ها کافی و مناسب و در برخی موارد ناقص و ناکافی بوده است و مادران علاقه داشتند تا اطلاعات بیشتری را کسب نمایند. در مورد عوامل تأثیرگذار بر ایجاد و کنترل دیابت بارداری برخی از مادران اطلاعاتی را کسب کرده بودند و اکثریت آن‌ها از تأثیر عوامل روحی، روانی و استرس بر میزان و کنترل قند خون آگاهی داشتند. اکثریت مشارکت‌کنندگان اشتیاق زیادی برای کسب اطلاعات در مورد جنبه‌های مختلف بیماری دیابت داشتند. بسیاری از مادران مبتلا به دیابت علاقه داشتند اطلاعاتی در مورد عوارض مادری و جنینی دیابت، نحوه درمان و خود مراقبتی، آینده بیماری و غیره کسب نمایند. صحبت‌های یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد اشتیاق برای کسب اطلاعات بیشتر عبارت بود از: "خوب دوست دارم بدونم که چی

دارم ولی مثلاً به من بگن که این بعداً چه عوارضی داره این‌جور چیزها رو دوست دارم خودم از نظر حرف گرفتن از دیگران رو دوست دارم" (خانم ۲۵ ساله تحصیلات دوم راهنمایی رژیم غذایی).

برخلاف اکثریت مشارکت‌کنندگان برخی از مادران بیان می‌کردند علاقه‌ای به کسب اطلاعات ندارند زیرا افزایش اطلاعات از عوارض بیماری سبب استرس بیشتر در آن‌ها خواهد شد. "کتاب دیابت حاملگی رو آقای دکتر دادن اصلاً باز نکردم چون هرچی ندونه آدم راحت تره" (خانم ۲۶ ساله لیسانس رژیم غذایی).

برخی از مادران به آینده امیدوار بودند و عقیده داشتند این مشکلات پس از زایمان خاتمه خواهد یافت؛ بنابراین اظهار می‌کردند که می‌توانند و باید در این دوره کوتاه اقدامات درمانی و مراقبتی را انجام دهند تا دوره بارداری خاتمه یابد. در مورد امید به آینده یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: "مثلاً من اونجا بیمارستان که بستری بودم هم تختیم با من بود به من می‌گفت: چطور تو این‌قدر خوشحالی ناراحت نیستی هم‌چنین مشکلی داری می‌گفتم: برای اینکه مشکل من دائمی نیست" (خانم ۲۵ ساله تحصیلات دوم راهنمایی رژیم غذایی).

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز برخلاف دیگران دچار یاس و ناامیدی شده بودن در این رابطه یکی از مادران اظهار می‌کرد: "فکر می‌کردم که تموم شد همه‌چیز تموم شد ولی بعدش به خودم اومدم" (خانم ۳۰ ساله فوق‌لیسانس رژیم غذایی). "خوب آدم به کم افسرده میشه تو روحیه‌اش تأثیر می‌ذاره" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین).

اغلب مادران سعی کرده بودند با شرایط تطابق پیدا کنند و با وضعیت ایجادشده سازگار شوند. در این زمینه دو نفر از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند: "حالا انسولین رو عادت کردم می‌زنم" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین). "من هم رفتم حتی از شیرینی‌های مخصوص دیابتی‌ها رو گرفتم البته مزه خوبی نداشت ولی مجبور بودم تحمل کنم" (خانم ۳۰ ساله فوق‌لیسانس رژیم غذایی).

دیابتی‌ها حساب می‌شی" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین).

### بحث:

در مطالعه حاضر تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری برای خودمراقبتی در برخی موارد مثبت و در بعضی موارد منفی بوده است. ناآگاهی و عدم اطلاع‌رسانی کافی یکی از تجربیات منفی در مورد دیابت بود. Greenhalgh و همکاران، Van Ryswyk و همکاران، Yee و همکاران، بلالی میبدی و همکاران، Doran، عبدلی و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند و آگاهی مادران از دیابت بارداری، نحوه پیگیری پس از زایمان، خطر ابتلا و نحوه پیشگیری از دیابت نوع دو را ضعیف و کمبود اطلاعات را به‌عنوان یکی از موانع خود مراقبتی ذکر گزارش کردند (۱۹-۱۴). یکی دیگر از مشکلات اساسی بیماران در این مطالعه عدم اطلاع‌رسانی مناسب و آموزش ناقص در رابطه با دیابت بود. اغلب مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که اطلاع‌رسانی به‌خوبی انجام نشده است. یافته‌های مطالعات دیگران در سایر کشورها نیز هم‌راستا با یافته مطالعه حاضر بود.

در این مطالعات نیز مشارکت‌کنندگان قسمتی از اطلاعات را از پزشکان و مراقبین بهداشتی و بخشی از آن را از اطرافیان و وسایل ارتباط جمعی کسب کرده بودند. بیشترین اطلاعات ارائه علاوه بر این مادران اظهار کرده بودند اطلاعات لازم در مورد GDM با تأخیر به آن‌ها داده شده است (۲۳-۲۰)؛ لذا ارائه اطلاعات کافی توسط مراقبین سلامت و رسانه‌های جمعی در زمینه خود مراقبتی ضروری به نظر می‌رسد. سختی کنترل دیابت یکی دیگر از موانع فردی بود که در مطالعه حاضر توسط اکثریت مادران ذکر شده بود. یافته‌های چندین پژوهش دیگر نیز با پژوهش حاضر همخوانی دارد. در این پژوهش‌ها نیز مادران رژیم غذایی را سخت، استرس‌زا و ناامیدکننده اعلام کرده بودند. برخی از زنان عقیده داشتند که حاملگی سبب شده تا این رژیم سخت

برخلاف اکثریت افراد برخی عقیده داشتند نمی‌توانند با شرایط تطابق پیدا کنند در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با تزریق انسولین می‌گفت: اگر قرار بود انسولین تزریق کنم، اصلاً نمی‌تونستم از نظر روحی قبول کنم (خانم ۲۷ ساله لیسانس رژیم غذایی). اکثریت مادران بیان کردند که از جانب خانواده حمایت می‌شوند. در این زمینه یکی از مادران بیان می‌کرد: "البته شوهرم حامی خیلی خوبیه خیلی من رو دلدار می‌ده و می‌گه اصلاً بد فکر نکن مثبت فکر کن" (خانم ۳۰ ساله فوق‌لیسانس رژیم غذایی).

تعداد اندکی از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کرده بودند که از حمایت کافی خانواده برخوردار نبودند. به‌عنوان نمونه یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه گفت: "خیلی افسرده شدم دوست دارم اطرافیان و دوستانم بیشتر حمایت کنند" (خانم ۳۸ ساله دیپلم رژیم غذایی). علاوه بر حمایت خانواده و اطرافیان بسیاری از مشارکت‌کنندگان نیاز به حمایت اجتماعی را نیز مطرح کردند. آن‌ها عقیده داشتند پزشک و پرسنل نیز باید در این موقعیت به‌خوبی کمک کند و مراقبت‌های مناسب به آن‌ها ارائه دهند. برخی از مادران از راهنمایی‌ها، برخورد و مسئولیت‌پذیری پزشک و پرسنل رضایت داشتند. در زمینه حمایت و رضایت از پزشک و پرسنل یکی از مادران اظهار می‌کرد: "خدا رو شکر تا الآن که اومدم همه باهم خوش‌برخورد بودن حتی بستری هم که بودم خوب بودن مهربون بودن بهم می‌رسیدن" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین).

در زمینه‌ی اطلاع‌رسانی مناسب از عوامل تأثیرگذار بر کنترل دیابت یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کرد: "خودم رعایت می‌کنم اصل قند هم آرامش و با آرامش داشتن و کنترل کردن قند میاد پائین" (خانم ۲۵ ساله تحصیلات دوم راهنمایی رژیم غذایی). بعضی از مادران آموزش و اطلاعاتی در مورد دیابت را از طریق پزشکان و مراقبین سلامت در کسب کرده بودند. در این مورد یکی از مادران بیان کرد: "یک سری دکترها گفتن به سن ۴۰ سالگی بررسی جزو

را برای کنترل دیابت در پیش بگیرند. زنان اعلام کرده بودند که همیشه گرسنه هستند اما مسئولیت، تعهد و التزام سبب تقویت این فکر در آنها می‌شود که باید به خاطر سلامت فرزندشان این سختی و از خودگذشتگی را برای کنترل GDM تحمل نمایند (۱، ۱۴، ۲۸-۲۴).

مادران مبتلا به دیابت در این مطالعه یکی از مشکلات خود مراقبتی را مشکلات اقتصادی ذکر کرده بودند. در این راستا Van، Kaptein و Yee نیز بیان داشته‌اند زنانی که دارای مشکلات اقتصادی بودند اغلب برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با موانعی روبرو بودند. مادران این موانع را، فقدان بیمه و مخارج زیادی که باید خود بیمار پردازد، اعلام کرده بودند. برخی از زنان ترجیح می‌دادند که مراقبت‌های حاملگی و GDM به جای اینکه در مکان‌های متفاوت و جدا از هم صورت گیرد در یکجا جمع شود (۱۵، ۱۶، ۲۳، ۲۹).

برخی از مادران از کنجکاوی و سرزنش دیگران در مورد ابتلا به دیابت شاک می‌بودند. مطالعات متعددی نیز در این زمینه به نتایج مشابهی دست یافته و بیان کرده‌اند زنان گاهی احساس می‌کنند به خاطر تشخیص دیابتشان ایزوله شده‌اند. آنها احساس می‌کنند که تعداد بسیار کمی از مردم در مورد دیابت اطلاعات دارند زیرا دیابت یک بیماری غیرقابل مشاهده است. زنان بیان می‌کنند که GDM سبب آسیب به موقعیت اجتماعی آنها شده است زیرا غذایی که سرو می‌شود برای آنها مناسب نیست و در زمان مناسبی که آنها باید غذا بخورند سرو نمی‌شود. برخی از زنان بیماری خود را پنهان می‌کنند و همان غذاهایی را که دیگران می‌خورند صرف می‌کنند و آرزو می‌کنند که تأثیر بدی بر روی سلامت آنها نداشته باشد. در صورتی که برخی دیگر بیماری خود را ابراز می‌نمایند زیرا فکر می‌کنند که مجبورند از فرزند خود محافظت کنند. همچنین برخی از پژوهشگران بیان کردند که داشتن GDM یک انگ است که سبب خجالت زنان شده و برچسب فرد ناسالم را به آنها می‌زند؛ بنابراین این زنان به خاطر خجالت کشیدن و واکنش منفی دیگران وضعیت خود را پنهان

می‌کنند که نتایج مطالعات فوق بامطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱، ۲۴، ۲۵، ۳۰).

از مشکلات دیگری که بر سر راه خود مراقبتی در این تحقیق توسط برخی از مشارکت‌کنندگان ذکر شده بود احساس ناتوانی بود. Yee، Neufeld و Persson نیز در مطالعه خود به چنین نتیجه‌ای دست یافته بودند و یکی از موانع خود مراقبتی ذکر شده احساس ناتوانی در کنترل دیابت بوده است. آنها بیان کرده‌اند، به نظر برخی از مادران کنترل دیابت یک وظیفه عظیمی بود که آنها نمی‌توانستند آن را انجام دهند (۱۶، ۲۵، ۲۸). تسهیل‌کننده‌های خود مراقبتی در مادران مبتلا به دیابت بارداری شامل اشتیاق برای کسب اطلاعات، دانسته‌ها، امیدها، حمایت اجتماعی، اطلاع‌رسانی مناسب و حمایت و تشویق خانواده بود. اغلب مشارکت‌کنندگان در این تحقیق بیان نموده بودند که از سوی خانواده حمایت می‌شوند و از این مسئله راضی بودند و عقیده داشتند که حمایت و نظارت خانواده سبب می‌شود تا آنها بهتر بتوانند شرایط را تحمل کنند. مطالعات متعددی نیز در این زمینه به نتایج مشابهی دست یافته و بیان کرده‌اند که حمایت اعضای خانواده و دوستان بر توانایی و اقدام زنان بر انتخاب شیوه زندگی سالم تأثیر می‌گذارد؛ زیرا این افراد به مادر در تحمل سختی‌ها و خود مراقبتی کمک می‌کنند. مشارکت‌کنندگان به اتفاق آرا بیان کرده بودند که حمایت عاطفی در کاهش استرس و اضطراب آنها در مورد GDM بسیار مهم بوده است. همچنین حمایت عاطفی در انجام اقدامات خود مراقبتی روزانه آنها مانند رعایت رژیم غذایی، اندازه‌گیری قندخون و ورزش بسیار کمک‌کننده بوده است؛ بنابراین در مداخلات آموزشی باید به نقش مهم و حساس خانواده در مورد رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه توجه شود (۲۳، ۲۵، ۲۷، ۳۳-۳۱).

یکی دیگر از تسهیل‌کننده‌های خود مراقبتی در این مطالعه حمایت اجتماعی بوده است. یافته‌های مطالعه پژوهش‌های دیگر نیز با پژوهش حاضر همخوانی دارد.



در این پژوهش‌ها نیز بیان شده است بین حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای خود مراقبتی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود داشته است و فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک فاکتور خطر مهم سلامت مادر در دوران بارداری می‌باشد و اثرات زیان باری بر پیامدهای بارداری دارد. زنان در مورد حمایت متخصصین و مراقبین سلامت، تجربیات کاملاً متفاوتی داشتند و از عالی تا ضعیف آن را برآورد کرده بودند. در برخی از مطالعات زنان مبتلا به دیابت بارداری خودمراقبتی، حمایت اجتماعی درک شده و استرس کمتری را تجربه می‌کردند. زنانی که به طور مناسب توسط متخصصین حمایت می‌شوند احساس می‌کنند که توانایی و امکان تغییر و ارتقاء سبک زندگی خود را دارند (۳۶، ۳۷، ۳۴). همان‌طور که Levin می‌نویسد: خودمراقبتی، عمل سنجیده‌ای است که برای پاسخ به نیازهای ایجاد شده توسط بیماری انجام می‌شود. این رفتار از طریق تعامل و ارتباط با گروه‌های بزرگ اجتماعی کسب می‌شود (۳۷). لذا پرسنل بهداشتی درمانی باید علاوه بر حمایت مناسب از مادران دیابتی باید خانواده‌ها را از نقش مهم حمایت اجتماعی جهت خود مراقبتی مطلوب این بیماران آگاه نمایند. در مطالعه حاضر بسیاری از مادران اشتیاق زیادی برای کسب اطلاعات در زمینه‌ی دیابت داشتند و از منابع گوناگون این اطلاعات را جستجو و کسب کرده بودند. Bieda، Shanshan و Van نیز در مطالعات خود اشتیاق به شرکت در برنامه‌های آموزشی با وجود موانع فراوان در بین مادران دیابتی اشاره کردند.

برخی از مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از منابع مختلف برای کسب اطلاعات استفاده کرده بودند. مشارکت‌کنندگان در مطالعات Shanshan، Bieda و Van نیز از منابع مختلفی اطلاعات مورد نیاز خود در مورد ریسک ابتلا به دیابت نوع ۲ از جمله متخصصین سلامت و اعضای فامیل خود کسب نمودند (۳۳، ۳۲، ۱۶). استفاده از منبع متعدد جهت کسب اطلاعات مورد نیاز توسط برخی از واحدهای پژوهش گزارش شده است. Shanshan، Bieda، Van Ryswyk

نیاز به آگاهی سازی عمومی در مورد ارتباط بین GDM و دیابت نوع ۲ گزارش کردند (۳۳، ۳۲، ۱۶). در این زمینه خدیوزاده می‌نویسد: عدم وجود دستورالعمل استاندارد در زمینه مدیریت دیابت بارداری و فقدان منابع مالی به منظور تأمین خدمات درمانی به مادران مبتلا به دیابت بارداری، مانعی دیگر به منظور بهبود وضعیت این بیماران است. مطالعات به کم‌هزینه بودن آموزش خودمراقبتی اذعان کرده‌اند (۳۸). از موارد دیگری که سبب تسهیل خود مراقبتی می‌شود و در این مطالعه به آن دست‌یافته‌ایم آگاهی و دانسته‌های مادران بوده است. تحقیقات متعددی چنین نتایجی دست‌یافته‌اند. یکی از عوامل ارتقاء دهنده و تسهیل‌کننده خود مراقبتی در مادران مبتلا به دیابت آگاهی و آشنایی با بیماری و روش‌های خود مراقبتی است. دانش دیابتی پس از طول مدت ابتلا به دیابت قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده در انجام رفتارهای خود مراقبتی بود. این محققان معتقدند بین رفتارهای خودمراقبتی و دانش دیابتی ارتباط معنی‌دار وجود دارد و بنابراین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد دیابت بارداری در پیشگیری، تشخیص زودرس و کاهش عوارض آن موثر خواهد بود (۳۹، ۴۰، ۳۲، ۲۰، ۱۶).

یکی دیگر از نگرش‌های مثبت در زمینه خود مراقبتی، امید به آینده بود، برخی از مشارکت‌کنندگان عقیده داشتند این مشکل گذرا بوده و پس از زایمان از بین خواهد رفت بنابراین بیان کردند این چند ماه را تحمل کرده و اقدامات خود مراقبتی را جهت حفظ سلامت فرزند خود انجام خواهند داد. Hjelm و همکاران نیز در گزارش تحقیق خود بیان کرده‌اند، زنانی که به کلینیک‌های پره ناتال مراجعه کرده بودند عقیده داشتند GDM یک مشکل گذار است و این زنان این مشکل را در مقایسه با مراقبت شوندگان در کلینیک‌های دیابت و غدد، خیلی جدی تلقی نمی‌کردند. این محققین تفاوت عقیده زنان در مورد دیابت بارداری را به نوع مراقبت از آن‌ها و شخصیت زنان نسبت می‌دادند (۲۶).

مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها به نظر می‌رسد که تسهیل کننده و موانع خودمراقبتی در کشورها و فرهنگ‌های متفاوت، تقریباً یکسان و مشابه باشد و فرهنگ و قومیتی در تسهیل و یا ایجاد مانع در خود مراقبتی بیماری دیابت نقشی نداشته باشد، لذا تدوین و استفاده از پروتکل‌های خود مراقبتی استاندارد جهت بیماران دیابت بارداری ضروری به نظر می‌رسد.

### نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج پژوهش و کمبود اطلاعات مادران در مورد بیماری و نیاز مادران به حمایت‌های خانوادگی و تخصصی، انجام اقداماتی جهت تأمین نیازهای حمایتی و آموزشی مناسب بر اساس نیازهای افراد درزمینه‌ی دیابت بارداری به مادران مبتلا و خانواده‌های آنها ضروری هست. همچنین نیاز است تا اقدامات لازم در جهت رفع موانع موجود بر سر راه خود مراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری صورت گرفته و سیاست‌های مناسب بر ای رفع نیازها و مشکلات این مادران اتخاذ گردد. همچنین ضروری است تا در جهت ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به‌عنوان افراد موثر در بهبود و ارتقاء سطح سلامت این مادران، تلاش شود.

### کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های مناسب جهت رفع موانع و مشکلات خود مراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری باشد. همچنین با استفاده از این نتایج و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب درزمینه‌ی خود مراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری، توانایی آنها را درزمینه مراقبت از خود افزایش داد که این اقدامات درنهایت سبب ارتقاء سلامت مادران و نوزادان خواهد شد.

در تحقیق عبدلی و همکاران نیز بیماران به کشف درمان‌های جدید و درمان قطعی دیابت امیدوار بودند. عبدلی و همکاران امید را به‌عنوان یکی از تسهیل کننده‌های خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو ذکر کرده‌اند و امید به آینده پیامدی مهم و فاکتور کلیدی در توانمندی این بیماران معرفی کرده‌اند (۱۹). البته در مطالعه حاضر برخلاف نتایج مطالعه عبدلی و همکاران، مادران مبتلا به دیابت بارداری منتظر درمان‌های جدید نبودند بلکه معتقد بودند دیابت بارداری یک وضعیت موقتی بوده و پس از زایمان از بین خواهد رفت و امید به بازگشت سلامتی خود داشتند. این تفاوت دیدگاه مشارکت‌کنندگان در دو مطالعه متفاوت بودن نوع دیابت در دو مطالعه است. اطلاع‌رسانی مناسب یکی دیگر از علل نگرش مثبت به بیماری و تسهیل کننده‌های خود مراقبتی در این مطالعه بود. نتایج این مطالعه نشان داد بسیاری از خانم‌های مشارکت کننده در این مطالعه از عوارض پری ناتال دیابت آگاهی داشتند و بیشتر اطلاعات خود را از مراقبین سلامت کسب نموده بودند.

در مطالعه‌ای Goldstein نیز ۸۹٪ خانم‌ها از پیامدهای ضعیف پری‌ناتال در صورت عدم کنترل مناسب دیابت مطلع بودند. در این مطالعه واحدهای پژوهش از ارائه اطلاعات در مورد شیوه زندگی و روش‌های درمانی راضی بودند و آنان به‌ترتیب پزشکان عمومی (۶۸٪)، متخصص زنان و زایمان (۵۹٪) و ماماها (۴۹٪) را به‌عنوان منابع کلیدی ارائه اطلاعات گزارش کردند (۲۰). در تحقیق بلالی میدی نیز اغلب زنان باردار، پرسنل مراکز بهداشتی درمانی را منبع کسب اطلاعات خود معرفی کرده بودند. میدی در این زمینه می‌نویسد اجرای برنامه‌های آموزشی برای پرسنل بهداشتی در راستای توانمندسازی مادران برای مراقبت از خود، خانواده و جامعه امری اجتناب‌ناپذیر است (۱۷). به‌طور خلاصه می‌توان گفت با توجه به یافته‌های مطالعه و سایر

## تشکر و قدردانی:

این مقاله استخراج شده از پایان نامه دانشجویی  
با شماره کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1394.316  
می باشد. بدین وسیله از معاون پژوهشی دانشگاه علوم  
پزشکی شهید بهشتی و کلیه مادران مشارکت کننده در  
مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری فرم  
نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

## منابع:

1. Andyopadhyay M, Small R, Davey M-A. Attendance for postpartum glucose tolerance testing following gestational diabetes among South Asian women in Australia: A qualitative study. *Womens Health, Issues and Care*. 2015; 4(1):1-8.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics*. New York: Mc Graw Hill. 2014; 1125-1143.
3. Sayehmiri F, Bakhtiari S, Darvishi P, Sayehmiri K. Prevalence of gestational diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2013; 15(4): 23-16.
4. Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes care*. 2010; 33(3): 676-82.
5. Carolan M. Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. *Midwifery*. 2013; 29(6): 637-45.
6. Osgood ND, Dyck RF, Grassmann WK. The inter-and intragenerational impact of gestational diabetes on the epidemic of type 2 diabetes. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(1): 173-9.
7. Oster RT, Johnson JA, Hemmelgarn BR, King M, Balko SU, Svenson LW, et al. Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among status Aboriginal adults. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(12): E803-8.
8. Parsons J, Ismail K, Amiel S, Forbes A. Perceptions among women with gestational diabetes. *Qualitative Health Research*. 2014; 24(4): 575-85.
9. Allison SE. Self-care requirements for activity and rest: An Orem nursing focus. *Nursing Science Quarterly*. 2007; 20(1): 68-76.
10. Nelson KM, McFarland L, Reiber G. Factors influencing disease self-management among veterans with diabetes and poor glycemic control. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22(4): 442-7.
11. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*. 2002; 17(4): 243-52.
12. Jafarian AS, Zabihi A, Babaieasl F, Eshkevari N, Bijani A. Self care behaviors in diabetic patients referring to diabetes clinics in Babol City, Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010; 12(4): 72-8. [Persian]
13. Bell J. Reducing Barriers to Glucose Control in Patients with Gestational Diabetes. *Am Nurse Today*. 2015; 10(1): 1-3.
14. Greenhalgh T, Clinch M, Afsar N, Choudhury Y, Sudra R, Campbell-Richards D, et al. Socio-cultural influences on the behaviour of South Asian women with diabetes in pregnancy: qualitative study using a multi-level theoretical approach. *BMC Medicine*. 2015; 13: 120.
15. Van Ryswyk E, Middleton P, Shute E, Hague W, Crowther C. Women's views and knowledge regarding healthcare seeking for gestational diabetes in the postpartum period: A

- systematic review of qualitative/survey studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2015; 110(2): 109-22.
16. Yee LM, McGuire JM, Taylor SM, Niznik CM, Simon MA. I was tired of all the sticking and poking": Identifying barriers to diabetes self-care among low-income pregnant women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2015; 26(3): 926-40.
  17. Balali- Mibodi F, Mahmodi M, Hasani M. Knowledge, Attitude and practice of pregnant women referred to health care centers of Kerman University of Medical Sciences in regard to Gestational Diabetes. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2011; 11: 17-24.
  18. Doran F. Gestational diabetes mellitus: Perspectives on lifestyle changes during pregnancy and post-partum, physical activity and the prevention of future type 2 diabetes. *Australian Journal of Primary Health*. 2008; 14(3): 85-92.
  19. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and facilitators of empowerment in people with diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2009; 10(5): 455-64.
  20. Goldstein RF, Gibson-Helm ME, Boyle JA, Teede HJ. Satisfaction with diagnosis process for gestational diabetes mellitus and risk perception among Australian women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2015; 129(1): 46-9.
  21. Devsam BU, Bogossian FE, Peacock AS. An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: proposing a framework to enhance midwifery assessment. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2013; 26(2): e69-76.
  22. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Management of gestational diabetes from the patient's perspective-a comparison of Swedish and Middle-Eastern born women. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(1): 168-78.
  23. Zalek K, Kazemi HakamiB, Motalebi H. Barriers to self care of patients with type 2 diabetes and ways to fix it. *Journal of Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences*. 2013; 14(2): 30-7.
  24. Evans MK, O'Brien B. Gestational diabetes: The meaning of an at-risk pregnancy. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(1): 66-81.
  25. Persson M, Winkvist A, Mogren I. 'From stun to gradual balance'-women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24(3): 454-62.
  26. Hjelm K, Berntorp K, Frid A, Aberg A, Apelqvist J. Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes in two organisations. *Midwifery*. 2008; 24(2): 168-82.
  27. Razee H, van der Ploeg HP, Blignault I, Smith BJ, Bauman AE, McLean M, et al. Beliefs, barriers, social support, and environmental influences related to diabetes risk behaviours among women with a history of gestational diabetes. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*. 2010; 21(2): 130-7.
  28. Neufeld HT. Food perceptions and concerns of aboriginal women coping with gestational diabetes in Winnipeg, Manitoba. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2011; 43(6): 482-91.
  29. Kaptein S, Evans M, McTavish S, Banerjee AT, Feig DS, Lowe J, et al. The subjective impact of a diagnosis of gestational diabetes among ethnically diverse pregnant women: A qualitative study. *Canadian Journal of Diabetes*. 2015; 39(2): 117-22.
  30. Lawson EJ, Rajaram S. A transformed pregnancy: The psychosocial consequences of gestational diabetes. *Sociology of Health and Illness*. 1994; 16(4): 536-62.
  31. Evans MK, Patrick LJ, Wellington CM. Health behaviours of postpartum women with a history of gestational diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2010; 34(3): 227-32.

32. Bieda J. Perceptions of risk for the development of type 2 diabetes in African-American women with gestational diabetes. [Dissertation]. The University of Michigan; 2009.
33. Shanshan Han, Philippa F. Middleton, Tanya K. Bubner, Caroline A. Crowther. Women's views on their diagnosis and management for borderline gestational diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Research*. 2015; 2015:1-9.
34. Momeni-Javid, F, Simbar M, Dolatian M, Alavi-Majd H. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014; 16(3): 164-56. [Persian]
35. Morowati Sharifabad MA, Rouhani Tonekabone N, Baghyani MH. Predictors of self-care in diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center based on the developed health belief model. *Journal of Yazd University of Medical Sciences and Health Services*. 2007; 85(3): 85-96. [Persian]
36. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*. 2007; 22(3): 869-77.
37. Levin LS. Self-care: an international perspective. *Social Policy*. 1976; 7(2): 70-5.
38. Khadivzadeh T, Azhari S, Esmaily H, Akhlaghi F, Sardar MA. Effects of self-care education on perceived stress in women with gestational diabetes under insulin treatment. *Evidence Based Care*. 2015; 5(3): 7-18.
39. Bigdeli MA, Nazari SSH, Khodakarim S, Brodati H, Mafi H, Jafari Z, et al. Factors associated with self-care behavior in patients with type II diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(125): 61-72. [Persian]
40. Ghasem zadeh S, Dadmanesh M, Safari A, Ebrahimi S. The Study on the knowledge, attitude and function of gestated mother's about gestational diabetes that referred to army khavadeh hospital from 2005 to 2006. *Journal of Army University of Medical Sciences*. 2007; 5 (3): 1325-30. [Persian]
41. Javadi A, JavadiM SF. Awareness, attitude and practice of diabetic patients referred to Boobalisina Diabetes Center in Ghazvin in regard to diabetes disease. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2004; 11(3): 9-15. [Persian]

## Explanation the experiences of mothers with gestational diabetes about the factors affecting self-care: A qualitative study

Emamgholi Khooshehchin T<sup>1</sup>, Keshavarz Z<sup>2\*</sup>, Afrakhteh M<sup>3</sup>, Shakibazadeh E<sup>4</sup>,  
Faghihzadeh S<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Student, School of Nursing and Midwifery, International Branch, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; <sup>2</sup>Midwifery and Reproductive Health Dept., School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran;

<sup>3</sup>Obstetrics and Gynecology of Shohada Tajresh Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; <sup>4</sup>Health Education and Promotion Dept., School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; <sup>5</sup>Biostatistics and Epidemiology Dept., Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, I.R. Iran.

Received: 3/Jun/2016

Accepted: 7/Aug/2016

**Background and aims:** Diabetes is the most common medical complication of pregnancy. This disease is a growing health problem in the world. Self-care is the most important factor in the control of chronic diseases such as diabetes. Several factors include biological factors, psychological, economic, social, cultural and health care system. Community Treatment is effective directly and indirectly on self-care behaviors in patients with diabetes. The aim of this study was to assess mothers' experiences with gestational diabetes on the factors influencing self-care.

**Methods:** This study is a qualitative conventional content analysis research. In this study, data were collected by semi-structured individual interviews. Interviews were performed based on interview guidance. Participants were pregnant women diagnosed with gestational diabetes in 24th-36th week of pregnancy who referred to the clinics affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. After 12 interviews with participants, data were saturated. Conventional content analysis was done for data analysis. To assess the accuracy and reliability of data, four criteria provided by Lincoln and Guba, including dependability, credibility, confirmability and transferability were used. For the analysis of qualitative data in this study, the conventional qualitative content analysis methods and software MAXQDA 10 was used.

**Results:** Perception of pregnant women led to the extraction of two themes: barriers and facilitators to self-care. The former was featured with four main categories: insolvency, perceived problems, admission disease and support from others. 13 sub-categories were also classified in the main form. Results showed that mothers for self-care actions, need to get further information via health-care provider and get more support from their relatives. It was also found barriers and facilitators to take care of mothers in most societies is almost the same.

**Conclusion:** According to the results of this study, it is needed to do appropriate proceedings to promoting culture, providing appropriate information and higher quality services, and promoting

**Cite this article as:** Emamgholi Khooshehchin T, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S. Explanation the experiences of mothers with gestational diabetes about the factors affecting self-care: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(4): 76-89.

---

**\*Corresponding author:**

Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989123907712,  
E-mail: z.keshavarz@sbmu.ac.ir